45e Année. — N° 24. Vendredi 17 Juin 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Dermatologie : Leucoplasies syphilitiques secondaires, par le Dr Barbe, 369. — **Syphiligraphie** : Chancre bilatéral des amygdales, par le Dr Monel, 370. — **Odontologie** : Radiographie d'un maxillaire supérieur pour la recherche des canines permanentes chez un adulte. Présentation des plaques et de photographies, par le Dr Gourc, 371. — **Bibliographie** : Technique ophthalmologique, par le Dr Albert Terson, 372. — **Académie des sciences** : *Séance du 3 juin* 1898. Présidence de M. Wolf. — Visibilité de la tache aveugle, 373. — Sur les malades rapatriés par les navires affrétés du Commerce et les transports hôpitaux de l'État, 373. — **Académie de médecine** : *Séance du 14 juin* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Prophylaxie de la tuberculose, 374. — Mort de M. Levieux, 375. — Elections, 375. — Eaux minérales, 375. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 10 juin* 1898. Présidence de M Sevestre. — Lésions des centres nerveux consécutives à l'arrachement des nerfs, 375. — Hydarthrose chronique des petites jointures d'origine blennorrhagique, 375. — Méningite à pneumocoques, 375. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 11 juin* 1898. Présidence de M. Aug. Voisin. — Rapport sur les démarches faites par la délégation nommée dans la séance du 23 avril 1898, 376. — De l'urticaire par ingestion d'aliments en général et par les crosnes du Japon en particulier, 379. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 9 juin* 1898. Gomme de nature indéterminée, 379. — Tuberculides acnéiformes et nécrotiques, 379. — Chéloïde à marche progressive, 380. — Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde, 380. — Dermite généralisée. Intoxication par une teinture et par un pansement au salol, 380. — Sur l'ophiasis de Celse, 380. — Epithélioma cutané bénin récidivant et carcinome malin, serpigineux, térébrant, 381. — Papillome muqueux bénin de la lèvre inférieure ; laryngite classée, circonscrite, œdémateuse, 381. — Syphilis maligne précoce, 381. — **Société de chirurgie** : *Séance du 15 juin* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Etranglement herniaire par torsion de la masse intestinale, 381. — Pylorectomie, 381. — Traitement des fistules vésico-vaginales, 381. — Epididymite et funiculite tuberculeuse, 381. — Traitement de la péritonite tuberculeuse, 381. — Hernie de l'appendicite. Corps étranger et appendicite, 381. — **Variétés** : Le nouveau directeur de l'Assistance publique au Conseil municipal, 382. — **Nouvelles**, 383.

DERMATOLOGIE

Leucoplasies syphilitiques secondaires.

Par le Dr Barbe.

Le fait suivant observé à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine est un exemple de la leucoplasie syphilitique secondaire. Les Drs Besnier et Fournier ont à maintes reprises attiré l'attention sur les syphilides secondaires leucoplasiformes ; la communication du Dr Danlos sur la leucoplasie syphilitique secondaire, faite à la séance de la Société de dermatologie le 10 mars 1898, a donné à cette question un regain d'actualité ; il faut y joindre les cas signalés par le Dr Barthélemy à propos de cette communication.

Dans le fait que je rapporte, les plaques leucoplasiques, dont l'une s'était ulcérée à son centre, avaient résisté non seulement au traitement topique, mais aussi au traitement par les pilules ; seule la médication par les injections mercurielles solubles en a eu raison et a confirmé la nature syphilitique de cette leucoplasie. Il ne pouvait être question chez cette malade de lichen plan buccal.

En somme, depuis la communication du Dr Danlos sur la leucoplasie syphilitique secondaire, on peut établir qu'il y a deux sortes de leucoplasies secondaires : l'une, la leucoplasie syphilitique d'emblée comme dans mon cas et chez les malades de M. Danlos et de M. Barthélemy ; l'autre, la leucoplasie syphilitique consécutive à des syphilides secondaires des muqueuses, à des plaques muqueuses.

Ces leucoplasies syphilitiques sont justiciables du traitement spécifique, à l'inverse de la leucoplasie observée dans la syphilis tertiaire.

Voici l'observation résumée : R..., entrée le 16 novembre 1897 dans le service du Dr Gaucher, journalière, âgée de 30 ans, présente depuis 4 mois une roséole généralisée à toute la surface du corps. La malade déclare n'avoir rien eu de suspect aux organes génitaux ; il est plus que probable que le chancre a siégé sur l'amygdale droite, car on voit à ce niveau une large surface circulaire, anfractueuse. Les ganglions sous-maxillaires du côté droit sont extrêmement tuméfiés. La malade dit avoir donné des soins à un enfant syphilitique. Traitement par les pilules de sublimé ; de plus, on lui prescrit des injections de sulfate de cuivre pour de la leucorrhée vaginale.

Le 25 novembre 1897. Plaques muqueuses de la lèvre inférieure, du pharynx ; cautérisations. Injections de benzoate de mercure, puis frictions mercurielles.

Le 23 février. La malade se présente à la consultation de dermatologie pour une petite plaque de leucoplasie, plus grande qu'une lentille, située sous la pointe de la langue. On fait des attouchements sur la plaque deux fois par semaine avec la solution de bichromate de potasse à 1/50. Le 21 mars, la plaque persiste. Le 20 avril, pas de modification malgré des cautérisations au nitrate d'argent tous les 4 jours. Le 25 avril, au centre de la plaque se forme une ulcération assez creuse, de quoi loger une tête d'épingle ; à droite de cette plaque il en existe une autre, grande comme une lentille. D'autres plaques ne tardent pas à se former au-dessous des précédentes. On se décide à faire des injections de cyanure

d'hydrargyre, comme les injections de benzoate, assez douloureuses, ne sont plus acceptées par la malade. Au bout de 6 injections les plaques disparaissent sans aucun traitement topique. Il ne reste plus que quelques traces blanchâtres qui s'effacent avec les injections suivantes.

SYPHILIGRAPHIE

Chancre bilatéral des amygdales (1).

Par le Dr Monel.

Le cas dont nous désirons aujourd'hui, M. Jullien et moi, entretenir la Société, est celui d'une jeune femme de 25 ans, qui nous a été envoyée le 26 mai 1898, par le dispensaire, et fut admise le même jour à Saint-Lazare dans le service de M. Jullien. Voici ce que, le lendemain 27 mai, nous avons constaté chez cette malade.

L'amygdale droite est largement ulcérée et comme ouverte de haut en bas dans une étendue de 3 cent.; elle est remplacée par une anfractuosité profonde, avec large fissure au centre. Cette ulcération, qui mesure 1 cent. 1/2 de largeur, est limitée par des bords surélevés, épais, durs et irréguliers. A la partie supérieure proémine comme un moignon d'amygdale, formant un promontoire surplombant le reste de l'ulcération. Le fond de cette ulcération est généralement plat et recouvert d'une couenne jaune blanchâtre.

A gauche, nous trouvons une ulcération offrant à peu près les mêmes caractères que du côté opposé, mais avec une largeur plus considérable (environ 2 cent. 1/2). Le fond en est irrégularisé par des saillies de bourgeons glandulaires tout autour desquels la couenne blanchâtre s'étend pour couvrir la totalité de l'ulcère.

Le pilier postérieur du voile du palais est de ce côté englobé dans l'ulcération et recouvert en grande partie par la couenne.

Ces larges ulcères ont entamé profondément le tissu adénoïde et ne ressemblent en rien à une inflammation ordinaire pultacée, mais bien au chancre amygdalien.

Dans les régions sous-maxillaires, au sommet de l'angle rétro-maxillaire, et symétriquement de chaque côté, existent des ganglions, du volume d'une grosse amande, indurés, insensibles à la pression.

Nous pensons qu'il s'agit d'un accident primitif bilatéral des amygdales.

Ce diagnostic semble confirmé par la constatation au niveau du tronc d'éléments érythémateux et papuleux, de couleur jambonnée, surtout confluents au niveau de la ceinture, aussi bien en avant qu'en arrière.

Quelques groupes éruptifs siègent au niveau des aisselles et des jambes.

De plus, au niveau de la commissure supérieure de la vulve et de la grande lèvre gauche, nous trouvons trois éléments papuleux.

Autour de l'anus, entre les plis radiés, existent de nombreuses syphilides papulo-érosives.

Dans l'aine, absence complète de ganglions caractéristiques d'une infection primitive de la région vulvaire.

En somme, nous nous trouvons en présence d'un chancre bilatéral des amygdales, avec syphilides secondaires de la peau et des régions vulvaire et périanale.

La date d'apparition de ces différentes lésions concorderait bien avec notre diagnostic. Voici, en effet, ce que nous apprend la malade au sujet de ses antécédents.

Aucune présomption de syphilis du côté de ses ascendants ; son père est mort pendant l'épidémie de grippe de 1889 ; sa mère, un frère et une sœur sont de bonne santé habituelle.

Elle-même, réglée à 13 ans, a été défloree à 18 ans par son mari, et, le 28 novembre 1892, accoucha d'un garçon, atteint d'amputation congénitale du pied droit. Cet enfant, qui a eu la rougeole, la broncho-pneumonie, deux fluxions de poitrine, est d'une santé très précaire ; il marche facilement et sans douleur sur son moignon de pied à l'aide d'une chaussure spéciale.

5 mois après, elle a fait une fausse couche de trois mois.

Au mois de décembre 1897, elle s'aperçoit que son mari se soigne à l'aide d'injections qui lui ont été prescrites à l'hôpital Ricord, où il avait été consulter ; elle continue néanmoins à avoir des rapports avec lui.

Ce n'est qu'au mois de janvier suivant qu'elle se refuse à tout rapport, son mari lui ayant avoué avoir contracté une maladie contagieuse. Depuis ce moment elle s'est séparée de lui et est actuellement en instance de divorce.

Elle s'est mise alors à travailler dans la confection.

Le 3 avril, souffrant d'un violent mal de gorge, elle va consulter à Lariboisière, où on l'examine complètement sans constater aucune trace d'éruption.

Le 18 mai, le travail étant venu à manquer, dit-elle, elle commence à se livrer à la prostitution ; et depuis ce moment jusqu'à son entrée à Saint-Lazare, elle accuse à peu près une dizaine de rapports.

Enfin, le 20 mai, est apparue l'éruption que nous avons décrite, au niveau de la ceinture.

L'apparition des accidents amygdaliens le 13 avril, alors que les accidents cutanés et vulvaires ne datent que du 20 mai, l'aspect des lésions, les ganglions sous-maxillaires bien nets, l'absence de ganglions inguinaux caractéristiques, nous permettent donc d'affirmer qu'il s'agit bien d'un chancre bilatéral des amygdales, affection assez rare, et dont, sans entrer dans aucune statistique, je rappellerai un cas observé dans le même service, et présenté l'année dernière par M. Jullien à la Société de dermatologie.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 28 mai 1898.

La malade a du reste reçu le jour même de notre examen une première injection de calomel, dont les bons effets n'ont pas tardé à se faire sentir. Le 3 juin, en effet, nous constations que tout le champ morbide a été déblayé et nettoyé. Les fausses membranes ont disparu, et un tissu rosé et en voie de cicatrisation occupe ces régions naguère tuméfiées et sordides.

Cette modification si complète et si rapide semble bien produite par un de ces effets si énergiques, coutumiers au calomel.

C'est ainsi que la thérapeutique est venue contrôler et confirmer pleinement notre diagnostic clinique.

ODONTOLOGIE

Radiographie d'un maxillaire supérieur pour la recherche des canines permanentes chez un adulte. Présentation des plaques et de photographies (1),

Par le Dr Gourc.

Nous avons rarement l'occasion de prendre la parole, nous stomatologistes, membre de la Société médicale du Louvre et ce faisant nous exposerions des cas trop particuliers, souvent trop techniques et peu intéressants pour le médecin ; néanmoins l'observation que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui sort un peu du cadre restreint réservé à notre spécialité et je vous la présente avec d'autant plus de plaisir qu'il se peut qu'on vous demande un conseil avant d'aller trouver le dentiste.

Et d'abord vous n'ignorez pas combien les rayons X ont déjà rendu de services tant pour le diagnostic que pour la thérapeutique en chirurgie générale ; les procédés employés sont perfectionnés de jour en jour on peut le dire et vous pouvez voir sur la plaque que je fais circuler parmi vous à quelle netteté les opérateurs sont déjà parvenus.

Je dois tout d'abord remercier MM. les Drs De Bourgade et Seguy de leur extrême obligeance, en même temps que de leur désintéressement et aussi de l'empressement qu'ils ont mis à me procurer les éléments de cette communication.

Sur cette première plaque qui n'a rien de commun avec le cas dont je vous parlerai tout à l'heure, vous pouvez voir les petites et grosses molaires avec leur pulpe centrale et les canaux radiculaires ; mais de plus vous voyez la dent de sagesse en position anormale implantée dans la branche montante du maxillaire dans une situation horizontale. Vous jugez de l'importance de cette radiographie au point de vue du manuel opératoire. Toute traction de dedans en dehors trop violente cassera net la dent et *a fortiori* toute pression de bas en haut telle qu'on la pratique quelquefois avec une pince spéciale dans la construction et le maniement de laquelle je n'ai pas à entrer ici.

Voici maintenant, brièvement exposée, l'observation qui m'est tout à fait personnelle et qui a certes plus d'intérêt que celle que je viens d'énoncer.

Mademoiselle X..., 20 ans, se présente à notre consultation pour faire remplacer une dent qu'elle a cassée. « Je marie ma sœur dans huit jours, nous dit-elle, et vous comprenez que je ne puis rester ainsi ; ce vide dans ma bouche est d'un bien fâcheux effet. »

Pendant qu'elle cause, nous constatons que la dent fracturée au ras de la gencive est la canine supérieure gauche c'est-à-dire une dent très apparente et très importante pour l'esthétique ; en même temps cet examen fait de loin et tout superficiel nous permet d'apercevoir une dentition saine et complète, exempte de caries et même de tartre contrairement aux faits habituels. Un pareil cas de fracture s'accompagne ordinairement de caries multiples sur les dents voisines, si toutefois elles existent.

Un peu étonné mais rassuré aussi, pendant que nous faisions *in petto* ces quelques réflexions, nous devinons que la dent fracturée devait être une dent de lait restée dans la bouche, anomalie assez fréquente, puisque nous avons pu constater nous-même pareil fait chez une de nos clientes qui s'est refusée à nous livrer son âge mais à laquelle nous avons pu attribuer 36 à 38 ans ; il s'agissait autant que nous nous le rappellons de la canine droite supérieure et nous pourrions citer telle cliente de notre confrère et dévoué secrétaire général, qui a dépassé la quarantaine et possède encore ses canines supérieures de lait, ceci dit pour que M. Sébillotte puisse en faire la constatation *de visu*.

Quoiqu'il en soit, notre diagnostic est confirmé par la présence au même maxillaire de l'autre canine de lait facilement reconnaissable à son petit volume, à l'usure de son extrémité, à sa forme spéciale bien différente en somme de celle d'une dent permanente.

Il ne nous reste plus qu'à rechercher plus minutieusement les canines permanentes supérieures.

D'ordinaire, lorsque la canine existe, soit incluse à sa place habituelle, soit en train d'évoluer, on voit et on sent au toucher une bosselure très développée, la bosse canine que vous connaissez tous, je n'insiste pas ; mais dans le cas dont il s'agit aucune proéminence — pas de bosse canine — le maxillaire fait un arc régulier de sa partie antérieure aux parties postérieures.

La voûte palatine pas plus que la cavité des fosses nasales ne nous laissent la moindre trace manifeste de la présence des dents que nous cherchons. Nous aurions voulu apporter le modèle en plâtre de la bouche de la cliente, mais nous ne l'avons point revue depuis cet examen.

Le maxillaire inférieur ne présentait aucune anomalie, son développement était parfait, les canines permanentes avaient fait leur évolution en temps et en lieux normaux. Il ne nous était cependant pas permis de conclure de l'un à l'autre maxillaire.

Il fallait trancher le diagnostic car si les dents existaient notre devoir était de ne pas appliquer d'appareil prothétique, si petit qu'il fût, celui-ci devait gêner sinon rendre impossible l'évolution de la canine gauche.

(1) Communication à la Société médicale du Louvre.

Nous nous adressâmes donc à MM. de Bourgade et Seguy et voici une plaque et une photographie représentant le maxillaire supérieur du sujet.

La pellicule a été placée dans la bouche sur le maxillaire supérieur, l'ampoule en dehors et au-dessus de telle sorte que l'on obtienne une projection.

Sur la plaque par transparence plus nettement que sur la photographie vous pouvez voir en haut deux taches noires représentant les fosses nasales, taches blanches sur la photographie.

Immédiatement à côté et en dehors les deux canines représentées en projection sur la pellicule avec leur forme réelle, nous en verrons plus loin la raison. Enfin un œil exercé s'orientera très bien et reconnaîtra successivement plus bas et en remontant les incisives et les molaires.

Nous en concluons donc : 1° que les canines permanentes existent; 2° qu'elles sont incluses dans le maxillaire et dans une position horizontale.

Ceci nous permet donc d'affirmer que jamais les canines ne feront leur évolution et partant que nous sommes autorisés en toute liberté à la pose d'un appareil prothétique; on comprend que l'intervention eût été tout autre si la dent eût occupé une position différente; dans ce cas nous n'avions qu'à enlever les débris radiculaires de la dent temporaires et deux cas pouvaient se présenter : 1° La dent était suffisamment sortie par des moyens de traction directs mais très lents (durée : un an peut-être), nous n'avions qu'à compléter l'action de la nature; 2° la dent n'était pas visible : il était indiqué d'attendre qu'elle ait fait son apparition et nous rentrions dans les conditions précédentes.

Nous croyons, Messieurs, nous être suffisamment étendu, trop peut-être, pour vous montrer l'importance de la radiographie, non seulement en chirurgie générale, mais aussi dans l'art dentaire.

BIBLIOGRAPHIE

Technique ophthalmologique, par le Dr Albert Terson, chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 208 pages avec 93 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1898.

M. Albert Terson continue l'heureuse série de ses publications par un petit volume d'un caractère essentiellement pratique. C'est une promenade autour du malade que l'on va opérer, dans laquelle il nous montre toutes sortes de choses très intéressantes.

Il faut d'abord anesthésier ce malade. Comme anesthésie générale, M. Terson ne parle guère que du chloroforme, laissant l'éther bien loin derrière lui; quant au protoxyde d'azote et au bromure d'éthyle, ils n'ont guère, en effet, d'applications en chirurgie oculaire.

L'anesthésie locale se fait au moyen du chlorhydrate de cocaïne et on n'a pas encore trouvé mieux. M. Terson propose en instillation la solution à 1/40. C'est très suffisant et il n'est même pas nécessaire, sur un œil non enflammé, d'attendre sept à huit minutes pour obtenir l'anesthésie. La solution au vingtième a de notables inconvénients et certaines infiltrations de la cornée, après opération de cataracte par exemple, sont bien dues à cette cause; le doute qui existe encore à ce sujet dans l'esprit de M. Terson n'existe plus dans le nôtre.

Pour les yeux enflammés sur lesquels la cocaïne n'a qu'une action très restreinte, il peut être utile d'instiller d'abord quelques gouttes d'extrait de capsule surrénale; trois instillations de cet extrait, répétées à deux ou trois minutes d'intervalle, arrivent à blanchir presque complètement les yeux enflammés et l'action de la cocaïne est alors bien plus marquée.

En injections sous-cutanées ou sous-conjonctivales, la solution de cocaïne à 1/100 suffit évidemment; elle suffit même en instillations et depuis quelque temps nous n'en employons plus d'autres avec une anesthésie très suffisante et qui n'a plus alors aucun inconvénient. M. Terson parle à ce sujet des collyres huileux qui viennent de faire leur apparition dans la thérapeutique oculaire; nous n'en avons encore aucune expérience, mais théoriquement nous ne leur voyons aucun avantage.

En parlant des indications respectives de la cocaïne et du chloroforme, M. Terson limite trop le domaine de la première. Le bord ciliaire, malgré sa densité, se laisse parfaitement anesthésier par une injection de cocaïne faite dans son voisinage immédiat et d'autre part la destruction du sac au thermo-cautère, que nous faisons très fréquemment, peut être très complète avec une injection de cocaïne faite avec soin entre la peau et la paroi antérieure du sac lacrymal. Nous trouvons de même inexact de dire que « aussi bien pour les paupières que pour la conjonctive, la cautérisation ignée détermine toujours une certaine douleur malgré la cocaïne ». Connaissant cette opinion de M. Terson et de notre maître commun M. Panas, je montre de temps à autre aux élèves des Quinze-Vingts que cette cautérisation ignée doit être au contraire absolument indolore, même avec de la cocaïne à 1|100.

Nous ne ferons aucune remarque sur toute la seconde partie de ce volume consacrée à l'antisepsie dans la chirurgie oculaire; nous avons seulement à dire que tout cela est très pratique et plein de bon sens. La troisième partie consacrée à la technique instrumentale est très curieuse en ce que M. Terson nous montre l'historique et la filiation de nos instruments actuels.

Ce petit livre est donc très intéressant et très pratique; il est écrit avec beaucoup de jugement et la lecture en est très facile. C'est plus qu'il faut pour en assurer le succès. A. Chevallereau.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 juin 1898. — Présidence de M. Wolf.

Visibilité de la tache aveugle. — M. Aug. Charpentier. Tout le monde s'accorde à admettre l'invisibilité de la tache aveugle, cette région de la rétine où se fait la pénétration des fibres du nerf optique (papille optique). Deux ordres de faits établissent cette opinion : 1° aucune fibre de ce nerf ne se termine dans la papille optique ; 2° cette région est inexcitable par la lumière. Les objets lumineux qui se trouvent dans le champ visuel, au-devant de cette lacune assez étendue (6° dans le sens horizontal), ne sont pas perçus quand un seul œil est ouvert; ils sont seulement perçus dans le regard binoculaire par une partie correspondante de la rétine du second œil.

Dans le regard monoculaire, nous ne remarquons cependant pas généralement la lacune de Mariotte, à moins de diriger artificiellement sur elle notre attention. On n'a pas su expliquer encore comment notre représentation visuelle de l'étendue n'était pas déformée aux environs de cette région, et comment les objets lumineux coupés par une telle lacune pouvaient se raccorder sans modifications, malgré les déplacements de l'œil. Les faits suivants donneront la réponse, en montrant que la tache de Mariotte est réellement visible, c'est-à-dire représentée et localisée dans l'ensemble des sensations visuelles.

Je l'ai remarqué pour la première fois après un exercice musculaire assez fort au soleil et à la chaleur ; retiré dans une pièce à demi obscure et placé en face d'un mur uniformément blanc, je cherchais, comme je le fais depuis plusieurs années, à obtenir, à l'aide de battements des paupières, la perception entoptique de la *macula lutea* ; j'ouvrais et refermais successivement les paupières plusieurs fois par seconde, ce qui produit des éclairements et des obscurcissements brusques de tout le champ visuel. Je remarquai alors, à droite et à gauche du point de fixation binoculaire, deux taches sombres ovales correspondant exactement, comme siège et comme limites, à la projection des deux papilles, ainsi que je m'en assurai expérimentalement (1).

La sensation de noir ou de sombre est déjà une sensation visuelle. Mais ces taches, pour un certain rythme des mouvements de la paupière (quatre fois par seconde environ) devenaient alternativement plus sombres et plus claires que le fond, plus sombres à l'ouverture, plus claires à la fermeture. Depuis cette observation, je reproduis à volonté le phénomène, surtout celui des taches sombres, qui peuvent être plus ou moins nettes, mais qui sont faciles à reconnaître quand on les a vues une fois ; les taches claires sont plus nuageuses et peuvent échapper plus facilement à l'observation, mais leur existence et leur siège papillaire ne laissent aucun doute ; on les produit isolément, en dehors des mouvements rythmiques précédents, en se plaçant au-devant d'une surface uniforme, étendue et peu éclairée (au-dessous de 1/10 de carcel-mètre), et fermant brusquement les yeux ; de même, la tache sombre se montre isolément par l'ouverture brusque des paupières ; le siège en est si net que je puis indiquer instantanément du doigt la place du *punctum cœcum*. L'expérience peut être faite soit avec un seul œil, soit avec les deux (1).

Les taches, situées à 15° environ en dehors du point de fixation, se montrent pendant une fraction de seconde, au moment de l'éclairement ou de l'obscurcissement du champ visuel, et disparaissent. Elles représentent donc un court retard de la région papillaire sur le reste de la rétine, mais elles montrent, sans doute possible, la participation de cette région à la représentation visuelle de l'espace. La place de la papille optique ou de la tache aveugle doit donc exister dans la sphère visuelle corticale et y être représentée par des cellules spéciales (qui probablement sont reliées de chaque côté aux éléments périphériques occupant dans la rétine de l'autre œil la place correspondant à la papille du premier). Comment ces cellules centrales entrent-elles en activité sous l'influence d'un changement d'éclairage de l'œil qui ne leur envoie pas d'excitations réelles, puisqu'il n'y a pas là d'éléments rétiniens impressionnables ? Peut-être reçoivent-elles par irradiation nerveuse communication de l'excitation des cellules voisines, ce qui demanderait un certain temps et rendrait compte du retard constaté dans la sensation, retard nécessité par leur mise en équilibre avec les cellules directement excitées. Cette explication n'est d'ailleurs pas la seule possible.

Voici maintenant une expérience encore plus frappante dans laquelle l'excitation des éléments rétiniens environnant la papille, au lieu de se communiquer telle quelle, produit, au contraire, une sorte d'inhibition, se traduisant par un phénomène de contraste, sur les éléments percepteurs correspondant à la tache aveugle. Les yeux restant fermés sans effort au-devant du jour, le champ visuel paraît entièrement éclairé d'une lueur rougeâtre ; si l'on déplace alors *brusquement et fortement* l'œil en dedans et un peu en bas, il y a tiraillement du pourtour de la papille, d'où apparition d'un anneau ovale plus clair que le fond et à l'intérieur duquel la papille se montre *comme une tache verte plus ou moins sombre*, très bien limitée, contrastant nettement avec le fond, et durant plus ou moins longtemps suivant la durée de l'effort réalisé. Ce phénomène passe généralement inaperçu, si la paupière est ouverte, mais peut être reproduit sous des formes diverses.

Tous ces faits s'accordent à montrer que la papille optique, bien qu'insensible à la lumière et aveugle au sens propre du mot, est réellement représentée dans l'espace par des sensations visuelles positives occupant la même place que si elle était remplacée dans l'œil par un vrai morceau de rétine en continuité avec le reste de cette membrane.

Sur les malades rapatriés par les navires affrétés du Commerce et les transports-hôpitaux de l'État. — M. Bonnafy. Au moment où l'on préparait la dernière expédition de Madagascar, l'opinion publique se préoccupa vivement du meilleur moyen qu'il convenait d'employer pour rapatrier les malades qui forcément devaient être nombreux.

La question était de savoir si l'on aurait recours aux *navires affrétés du Commerce* ou si l'on se servirait tout simplement des *transports-hôpitaux* de l'État. Les gens de

1. Helmholtz signale des taches sombres analogues sans leur attacher d'importance.

1. On peut remplacer les mouvements des paupières par ceux d'un écran opaque. Le phénomène est facilité par une circulation céphalique plus active. Des pressions brusques sur l'œil ne suffisent *généralement* pas à le produire.

métier donnaient sans hésitation leurs préférences aux transports de l'État; mais ils ne pouvaient étayer leur choix sur aucune donnée mathématique; aussi les partisans des affrétés, très ardents et criant très fort, l'emportèrent.

Comme nos transports-hôpitaux de l'Etat, spécialement construits pour la relève des troupes de la Marine aux colonies et le rapatriement des malades, existent encore quoique immobilisés depuis 1895, j'estime qu'il y a un intérêt sérieux à vous présenter et à faire connaître les résultats d'une statistique de M. Bonnafy, médecin en chef de la Marine, qui établit, d'après les rapports médicaux officiels, la valeur absolue et surtout relative de ces navires.

Les transports-hôpitaux de l'État, dont le nombre s'élève actuellement à sept, ont commencé à fonctionner en 1879 pour l'Indo-Chine.

Les conditions de rapatriement étaient une traversée de trente-quatre jours en moyenne, de Saïgon à Toulon, et des parages remarquablement mauvais pour les malades, l'océan Indien et la mer Rouge.

Dans la période quinquennale allant de 1879 à 1883, ces transports-hôpitaux donnèrent comme moyenne de pertes 17 décès sur 1.000 malades (1,7 pour 100); voilà pour leur valeur absolue. Voyons maintenant leur valeur relative :

A partir de 1886 et jusqu'en 1895, époque où nos transports-hôpitaux ont été immobilisés, pour des raisons absolument étrangères à l'hygiène, on fit concourir, au rapatriement des malades de l'Indo-Chine, des bâtiments affrétés du Commerce. Pendant dix ans (1886-1895), ces deux moyens de transport ont donc fonctionné parallèlement, et cela sensiblement dans la même mesure, puisque, dans cette période, les transports de l'État ont rapatrié 11.322 malades et les affrétés du Commerce 11.343.

Si l'on prend la moyenne des pertes subies pendant les traversées, on constate que, sur 1000 malades, les transports-hôpitaux de l'État en perdaient seulement 18, tandis que les affrétés du Commerce en perdaient 26.

En dehors des services rendus à notre corps d'occupation de l'Indo-Chine, nos transports-hôpitaux ont encore été fort heureusement utilisés dans plusieurs autres expéditions soit coloniales, soit navales, notamment dans l'escadre de l'amiral Courbet sur les côtes de la Chine.

Il ne faut pas oublier que, grâce à leurs excellents aménagements, en cas d'urgence, pour l'hospitalisation sur place, ces navires pouvaient être immédiatement transformés en *hôpitaux flottants*. Considérés sous ce dernier point de vue, ils pourraient recevoir très largement 300 malades; ce qui, pour fixer les idées, correspond, comme rendement, à trois hôpitaux de campagne. C'est pareil rôle que joua l'un de ces navires, le *Mytho*, dans l'expédition du Dahomey, en 1892, et c'est certainement à cet hôpital flottant, qui permit de soustraire sans retard aux influences telluriques les soldats gravement atteints par le climat, que fut dû en grande partie le succès sanitaire de cette campagne, si bien préparée et conduite par la Marine, et qui est, nous semble-t-il, trop laissée dans l'ombre.

Pour bien rendre à cette expédition sa vraie physionomie, il nous suffira de relever la donnée suivante :

Vous savez que, pour mieux apprécier une expédition coloniale, le meilleur critérium réside dans le rapport qui existe entre les morts par le feu de l'ennemi et les morts par la maladie.

D'autre part, nous avons tous présents à l'esprit les éloges, mérités d'ailleurs, qui furent accordés à l'expédition des Anglais, en 1873, contre les Ashantis dans les mêmes parages.

Or, si nous comparons les résultats de ces deux expéditions, voici ce que nous constatons en ce qui concerne les effectifs européens, c'est-à-dire les troupes blanches :

Pour deux morts par le feu de l'ennemi, les Anglais eurent huit morts par maladie, et nous cinq seulement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin 1898. — *Présidence de* M. Jaccoud.

La Correspondance comprend une lettre de M. le Dr Nicolas, de la Bourboule, qui se porte candidat au titre de correspondant national.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. Chauvel. Le nombre des réformes pour tuberculose augmente progressivement. Cet accroissement est plus apparent que réel; que demain on applique la réforme temporaire et le nombre des réformes pour la tuberculose augmentera encore dans des proportions notables. Presque tous les médecins militaires ont signalé l'influence de la grippe sur le développement de la tuberculose, aussi le nombre des cas a-t-il réellement augmenté depuis 1889.

La contagion joue peut-être un rôle, mais moindre depuis la diminution de la durée de l'incorporation; il serait en tous cas difficile de donner des preuves réelles de cette contagion. Depuis trente-huit ans que M. Chauvel appartient au corps de santé militaire, il n'en a pas observé de cas; même dans le corps des infirmiers militaires on ne conserve pas d'hommes notoirement tuberculeux. Les faits de dissimulation chez des hommes qui, par crainte, ne se présenteraient pas au médecin militaire, doivent être bien rares. A notre époque on n'est pas habitué à craindre la visite du médecin et chez les jeunes soldats l'amour du métier militaire n'est pas tellement prononcé qu'ils puissent craindre à ce point la réforme. C'est d'ailleurs un mode de prophylaxie que de retenir dans les rangs, où les conditions hygiéniques sont relativement excellentes, de jeunes soldats qui sans cela iraient semer la tuberculose dans leur famille et dans leur pays.

Que la tuberculose soit acquise dans et par l'armée ou qu'elle ne soit que le développement d'une tuberculose acquise antérieurement, il est bon de ne pas conserver dans l'armée des soldats notoirement tuberculeux. M. Chauvel, qui n'est presque pas contagionniste, propose cependant d'étendre la réforme temporaire aux soldats seulement suspects de tuberculose. Les candidats à la tuberculose n'ont pas intérêt pour leur santé à entrer et à rester dans l'armée, il n'y a pas intérêt pour l'armée à les conserver. Il est difficile de solliciter des chefs militaires de faire de leurs hommes deux groupes distincts d'après leur état de santé, ceux qui marcheraient à toute réquisition, subiraient toutes les fatigues, et ceux qui ne sortiraient de leurs casernements que par un temps favorable.

Pour prévenir la diffusion du bacille, M. Grancher propose l'installation de crachoirs dans les casernes; ce moyen serait en effet excellent. Il faut de plus demander avec M. Collin l'amélioration de l'alimentation et de l'hygiène du jeune soldat. Pour cela il faut de l'argent et encore de

l'argent. M. Chauvel propose à l'Académie la conclusion suivante :

L'Académie demande :

a. Aux conseils de revision : plus de sévérité pour l'admission au service militaire ; l'exemption pour les tuberculeux avérés, l'ajournement pour les sujets débiles ou suspects de tuberculisation latente ; un mode de fonctionnement mieux adapté à leur importante et délicate mission.

b. Aux bureaux de recrutement, plus de rigueur dans les engagements volontaires, l'exigence d'une aptitude physique complète et non relative pour les sujets de moins de vingt ans.

c. La réforme temporaire pour les tuberculeux du premier degré avant l'expectoration et pour les hommes chétifs, malingres, candidats désignés à la tuberculose.

d. La réforme définitive dès que l'on constate l'existence de bacilles de Koch.

e. L'application dans les casernes de toutes les mesures de prophylaxie.

f. L'Académie juge nécessaire d'assurer par des crédits suffisants l'augmentation de la ration alimentaire et l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes.

Mort de M. Levieux. — M. le président annonce la mort de M. Levieux (de Bordeaux), associé national de l'Académie.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la première division.

Pour la première élection, sur 56 votants, majorité 29, M. Barella (de Bruxelles) est élu par 46 voix contre 6 données à M. Petrini de Galatz et 5 à M. Patrik Manson.

Pour la seconde élection, sur 50 votants, majorité 26, M. Petrini est élu par 38 voix contre 10 données à M. Patrik Manson et 2 à M. Beausoleil.

Eaux minérales. — M. Dumontpellier lit sur un certain nombre de demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

A 4 h. 10, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Perier sur les candidats au titre d'associé libre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juin 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Lésions des centres nerveux consécutives à l'arrachement des nerfs. — M. G. Marinesco. Nous avons montré, M. Ballet et moi, que les lésions qui se produisent dans le noyau de l'hypoglosse du lapin, après l'arrachement du nerf hypoglosse, diffèrent de celles dues à la section du nerf. Nous avions constaté chez le lapin, 30 jours après l'arrachement, une atrophie définitive des cellules du noyau du côté correspondant au nerf arraché.

J'ai repris ces expériences chez le chien et cette fois j'ai arraché non seulement des nerfs crâniens, mais aussi des nerfs spinaux. Ces expériences m'ont permis de constater la présence de détails nouveaux. Les lésions consécutives aux tentatives d'arrachement sont différentes, suivant leur évolution, et surtout suivant le degré plus ou moins complet de l'arrachement du tronc nerveux. Il n'y a pas eu arrachement complet, mais seulement déchirement du nerf avec résection de celui-ci, sur un trajet plus ou moins long, les lésions se rapprochent beaucoup plus de celles que déterminent les sections nerveuses. En admettant qu'on ait arraché complètement le tronc d'un nerf, le sciatique par exemple, voici ce qu'on remarque au bout de 10 jours. La plupart des cellules de la corne antérieure correspondant au côté du nerf arraché sont tuméfiées et présentent un état de pâleur variable que je désigne du nom d'*achromatose* parce qu'il ne reste plus d'éléments chromatophiles dans ces cellules. Le cytoplasma offre une teinte bleuâtre uniforme un peu opaque, donnant parfois l'impression du verre mat.

Les prolongements protoplasmatiques présentent les mêmes altérations ; les lésions du noyau et du nucléole sont variables. Dans les phases initiales de la lésion, lorsque l'achromatose n'est pas absolue, on peut voir, tout au moins dans certaines cellules, une tuméfaction du noyau. Pendant que l'achromatose s'accentue, il commence à paraître des altérations très nettes du côté du noyau et du nucléole. Le premier change de forme et de volume ; il devient ovale, oblong, piriforme, etc., et son volume diminue de plus en plus ; la membrane nucléaire suit de près ces modifications ; elle se plisse, se ratatine. Le nucléole à son tour devient pâle, vacuolaire, ou bien disparaît complètement, et à sa place apparaissent des granulations chromatiques variables comme forme et dimension et qui se répandent dans le suc du noyau. Ceci montre que le nucléole, composé de granulations chromatiques, subit également l'altération que j'ai dénommée « chromatolyse ».

Hydarthrose chronique des petites jointures d'origine blennorrhagique. — M. Millian. MM. Galliard et Bernard ont montré dans la dernière séance une malade atteinte d'hydarthrose chronique des articulations phalango-phalangiennes ; celle que nous présentons aujourd'hui peut en être rapprochée. Il existe, chez elle, outre de l'hydarthrose des petites articulations de la main, une synovite chronique avec épanchement des extenseurs et abducteurs du pouce de la main droite et un peu d'hydarthrose des genoux. Enfin il y a une talalgie très vive.

Ces accidents datent de deux ans et ont coïncidé avec un écoulement qui dure encore et dans lequel on a pu mettre en évidence le gonocoque. Malheureusement la ponction de ces hydarthroses n'a donné issue à aucun liquide.

Nous pensons donc que l'origine de ces accidents articulaires est sous la dépendance du gonocoque.

M. Galliard. Il sera intéressant d'étudier ces cas pour bien montrer en quoi ils diffèrent du rhumatisme noueux et de la goutte.

M. L. Guinon a vu chez des enfants deux cas de rhumatisme chronique ayant débuté par des hydarthroses des petites articulations.

Méningite à pneumocoques. — M. Sevestre rapporte l'observation d'un enfant de 13 ans 1/2 qui présenta tout d'abord des accidents pleuro-pulmonaires à début brusque : frissons, céphalalgie, fièvre intense, et chez lequel apparurent des phénomènes méningitiques : vomissements, raideur de la nuque, gémissements, raies méningitiques, agitation, diminution et irrégularité des pulsations. Ces symptômes s'accentuèrent et une aphasie apparut au bout de quelques jours avec paralysie du membre inférieur droit, et convulsions de ce côté d'abord, puis généralisées. Cet

état alarmant persista quelques jours, puis tout rentra dans l'ordre.

Le malade ayant guéri, il est impossible d'affirmer la nature pneumococcique de cette méningite ; pourtant les accidents pleuro-pulmonaires auxquels elle a succédé permettent de penser qu'un pneumocoque a été en cause, et d'ailleurs la guérison de cette méningite vient encore appuyer ces présomptions.

M. Netter. Il est évident que les méninges comme toutes les séreuses peuvent être enflammées sans que la suppuration soit fatale, et dès lors la guérison de ces méningites est possible.

L'épidémie de méningite cérébro-spinale épidémique que j'ai signalée dans une des dernières séances a continué à sévir, et j'ai pu jusqu'aujourd'hui en étudier vingt cas.

M. Rénon. Il y a quelques mois j'ai été appelé à donner mes soins, en même temps que plusieurs de mes collègues, à un enfant de 14 mois qui, à la suite d'accidents gastro-intestinaux ayant fait songer à l'entérite folliculaire, fut pris de constipation, vomissements, puis inégalité pupillaire et qui mourut dans le coma. Ces accidents méningitiques n'appartiennent-ils pas à la méningite cérébro-spinale épidémique ?

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juin 1898. — Présidence de M. Aug. Voisin.

Le Secrétaire général lit le procès-verbal de la dernière réunion.

M. Dubuc apporte une rectification relativement à la discussion qui a suivi la communication de M. Guépin. Il a parlé de transport de bactéries et non de toxines. Pour lui, les microbes sont transportés dans la vessie où ils s'installent; là, ils produisent des toxines qui, elles, sont résorbées et produisent des accidents d'infection, en particulier de grands accès de fièvre. Ce qui le prouve, c'est ce fait que les accidents fébriles disparaissent quand on procède à l'évacuation de l'urine chargée de ces toxines. Les microbes persistent encore dans la vessie.

Avec cette modification, le procès-verbal est adopté.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Antonelli posant sa candidature au titre de membre titulaire de la Société. Parrains : MM. Jullien et Dehenne. 2° Lettre de M. Nocard, président du 4e Congrès pour l'étude de la tuberculose, demandant à la Société de vouloir bien désigner officiellement un de ses membres comme délégué à ce Congrès (du 27 juillet au 2 août 1898) ; ce délégué sera nommé dans la prochaine séance. 3° Lettre de M. Picqué demandant que sa communication sur les hémorrhoïdes soit rayée de l'ordre du jour. 4° Lettre de M. Marcellier, administrateur judiciaire, liquidateur de la succession Martin-Durr, nous informant que tous les papiers concernant la Société ont été détruits lors de l'inventaire.

5° Lettre de M. Réville, professeur au collège de France, ami de la famille Martin-Durr. Pour couper court d'une manière définitive à tout racontar, M. le Secrétaire général cite, de cette lettre, le passage suivant :

« Quant aux 500 fr. déposés par le défunt entre les mains de l'économe de la Pitié, je puis vous affirmer qu'ils ont été remis à sa mère, qui les avait déposés chez moi en attendant l'inventaire. Il nous semblait qu'elle ne pouvait pas en disposer avant qu'on fût au clair sur le passif et l'actif de la petite succession. En effet, il nous fut demandé s'il n'avait rien déposé à l'hôpital : nous ne pouvions nier ni le dépôt, ni la remise de ces 500 francs, et, sur l'invitation du liquidateur, nous les avons joints à l'actif en les lui remettant contre reçu, à lui-même ».

Voilà donc une question absolument vidée. Nous pouvons constater une fois de plus que les plus hauts placés ne sont pas toujours les mieux renseignés.

Correspondance imprimée. — Centre médical et pharmaceutique ; Compte rendu des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité ; Revue des travaux scientifiques du ministère de l'Intérieur ; Journaux et Revues habituels.

Rapport sur les démarches faites par la délégation nommée dans la séance du 23 avril 1898. — M. le Secrétaire général. — La délégation composée de MM. A. Voisin, président ; Bouloumié, Picqué, H. Morau et Buret, s'est réunie pour la première fois le samedi 30 avril, à 4 heures ; M. H. Morau, empêché, s'était fait excuser. Après un échange de vues sur la meilleure conduite à tenir dans le but de faire aboutir le vœu émis par la Société, il avait été décidé que nous demanderions le concours des trois associations médicales les plus en vue et, par suite, les plus intéressées à nous soutenir dans nos revendications. J'ai adressé des lettres aux présidents respectifs de ces trois sociétés. Dans la séance du 14 mai, je vous ai dit que j'avais reçu deux réponses. L'Association des Médecins de la Seine se réserve de soumettre la question à la Commission générale ; M. Lannelongue, président de l'Association des médecins de France, est d'avis que nous devrions nous adresser tout d'abord au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, composé en partie de Conseillers municipaux. Je vous ai donné lecture de cette deuxième lettre.

Depuis, l'Association des Anciens Internes a envoyé sa réponse par la plume de son secrétaire, M. le Dr L. Guinon : cette Association, qui est celle que notre démarche intéresse le plus vivement, a acquis la certitude que l'Assistance publique était dans les meilleures dispositions du monde à l'égard des Internes et anciens Internes. Elle nous engage donc à nous adresser à l'Administration centrale. Déférant aux vœux des sociétés dont nous avons sollicité le concours, et sur les conseils de notre président, j'ai fait demander, pour la délégation, une audience à M. le Secrétaire général de l'Assistance publique. Ce dernier m'a répondu qu'il serait heureux de recevoir la délégation de la Société de Médecine de Paris, et nous a fixé l'entrevue pour samedi 21 mai à 2 heures. J'ai immédiatement avisé nos collègues par lettre. M. Voisin et moi nous nous sommes trouvés seuls au rendez-vous, nos confrères ayant été empêchés.

Avant d'aller plus loin, je tiens à rappeler votre attention sur un passage de la lettre de M. L. Guinon que je vous ai lue dans la dernière séance. « Immédiatement après les tristes événements auxquels vous faites allusion, nous avons acquis la certitude que l'Administration centrale (Assistance publique) était absolument irresponsable du *triste conflit qu'un directeur maladroit n'a pas su éviter* ; et que les ordres avaient été donnés dans le sens le plus large et de la façon la plus correcte. »

M. le Secrétaire général de l'Assistance publique, fort courtois, a répondu très franchement à toutes nos questions. Il demeure acquis que le directeur de La Pitié a refusé primi-

tivement le bon pour une paire de draps et une taie d'oreiller signé par un interne ; il voulait, paraît-il, une démarche personnelle. Il faut dire qu'il est en mauvais termes avec les internes, d'où froissements et vexations de part et d'autre. M. le Secrétaire Général reproche aux internes d'avoir mis trop de passion dans leurs revendications, ce qui est possible et s'explique un peu : il n'approuve pas pour cela l'attitude du directeur de La Pitié. Lorsque je lui ai fait remarquer que, si les internes étaient jeunes, la conduite du directeur pouvait se résumer dans les deux mots *maladresse* et *inconvenance*, il n'a pu que s'incliner sans répondre. Pour nous, le débat est clos sur cette question : nous ne pouvons que regretter le bruit occasionné par toutes ces susceptibilités et ces malentendus.

Il me reste à vous parler de l'objet principal de notre visite, c'est-à-dire de la concession à perpétuité que nous demandons pour les internes ou externes, anciens et nouveaux, et médecins morts pauvres ou victimes du devoir professionnel.

M. le Secrétaire général approuve le sentiment qui nous guide et entre entièrement dans nos vues. Il a protesté du bon vouloir de l'Administration qu'il représente et nous a déclaré que, très flattée de notre démarche, l'Assistance publique se chargerait de présenter, en l'appuyant, notre vœu au Conseil municipal de Paris, et qu'elle ne croyait pas devoir rencontrer d'opposition.

Nous n'avons donc plus qu'à attendre le résultat de la demande directe de l'Assistance publique au nom de la Société de médecine de Paris. Si elle réussit, ce qui ne semble pas douteux, la mission que vous nous avez confiée sera terminée et le but que nous poursuivons tous aura été atteint.

M. Buret ajoute que M. Coyon, interne en médecine à l'hôpital de La Pitié, lui a remis, au nom de ses collègues, une somme de *cent* francs adressée à ces derniers par M. le Dr Dupouy, rédacteur scientifique d'un journal politique. Un généreux anonyme avait envoyé ces fonds pour être attribués aux frais de sépulture de notre regretté Secrétaire général. M. Buret les tient à la disposition du Trésorier si la Société juge à propos d'en accepter le dépôt en attendant leur affectation éventuelle.

La Société décide, à l'unanimité, qu'elle gardera cette somme jusqu'au jour où elle pourra être employée conformément au vœu du généreux donateur qu'elle remercie.

M. Aug. Voisin, Président, annonce à la Société que son frère, président de la Commission municipale, lui a assuré que le Conseil était disposé à accorder la concession à perpétuité demandée par la Société de médecine de Paris. — Le malade présenté à la Société par MM. Aug. Voisin et Contremoulins, a été opéré par M. Monod. Ce chirurgien a extrait l'une des balles de la masse encéphalique : elle se trouvait à une profondeur de 2 millimètres, à l'endroit précis qu'avait indiqué M. Contremoulins à l'aide de son appareil. Sur une observation de M. Dubuc, qui regrette de n'avoir pas été averti, M. Voisin dit qu'il fera tous ses efforts pour savoir en temps utile le jour de la deuxième extraction, de façon à ce que cette indication puisse être envoyée en même temps que l'ordre du jour.

M. Leudet lit une note sur le travail de M. Hugues, de Saïda : Messieurs, dans une de vos dernières séances, M. le Dr Hugues, notre correspondant d'Algérie à Saïda, vous a adressé une note manuscrite, intitulée *Quelques observations sur la fièvre herpétique.*

Cette note, intéressante à plus d'un titre, soulève des questions de doctrine et de fait.

Existe-t-il une entité morbide, méritant le nom de *fièvre herpétique* ? Cette fièvre est-elle primitive ou secondaire ? Précède-t-elle ou suit-elle l'apparition du stigmate cutané, l'*herpès* ? Est-ce nous qui la créons, ou nous vient-elle du dehors ? Est-elle d'ordre microbien ou d'ordre constitutionnel ? infectieuse et contagieuse par ferment animé, ou simplement toxique par dyscrasie humorale et cellulaire ? L'herpès, facteur ou produit d'une intoxication générale, désigne-t-il une affection nettement définie, autonome de par sa cause, sa marche et ses terminaisons ? Joue-t-il, par exemple, vis-à-vis de la fièvre herpétique, le rôle que jouent les exanthèmes vis-à-vis de nos fièvres éruptives ? Ou bien n'est-il que l'expression plus ou moins banale, l'indice plus ou moins spécifique d'un état organopathique aussi varié dans ses origines que dans ses modalités cliniques ? Autant de questions non résolues encore, touchées par M. Hugues, et dont notre collègue cherche la solution dans les faits cliniques qu'il a observés, et dans les faits expérimentaux qu'il a provoqués.

Témoin d'une épidémie de *fièvre éphémère*, qui prit naissance dans une école primaire et se propagea au dehors, caractérisée par de la céphalalgie, de la courbature et de l'embarras gastrique, se compliquant vite d'hyperthermie, et dès le 3e ou 4e jour se terminant par une sorte de phénomène critique, l'apparition de papules caractéristiques sur un point du corps, le plus souvent aux commissures des lèvres ou aux orifices du nez, M. Hugues ne peut s'empêcher de voir là, dans la genèse des accidents, dans leur propagation et leur évolution, et dans leur déclin rapide et brusque, la marche cyclique des maladies infectieuses et contagieuses. A l'appui de son opinion, il relate les observations de 9 enfants de la même classe, frappés en même temps et de la même façon, et dont 6 portèrent chez eux le germe morbide dont ils étaient atteints, et contaminèrent frères, sœurs et étrangers.

Pour confirmer les enseignements que lui donne la clinique, M. Hugues fait appel à l'expérimentation. Une inoculation du liquide d'une vésicule herpétique, pratiquée sur deux adultes, a provoqué d'abord la courbature et l'hyperthermie, puis l'apparition d'une plaque d'herpès à la lèvre. Le 5e jour, la fièvre tombait ; il ne s'était rien produit au point d'inoculation.

De ces faits cliniques et expérimentaux, constatés par lui-même, notre collègue rapproche certaines manifestations morbides, moins franches peut-être et encore mal déterminées, moins aiguës et moins régulières, plus individuelles en quelque sorte en raison des récidives et des accoutumances, mais à tout prendre analogues dans leur allure évolutive, sinon semblables dans leurs caractères pathogéniques.

Je veux parler de ces herpès plus ou moins fébriles qui apparaissent à point nommé et d'une façon presque fatale chez certains *prédisposés*. Qui de nous ne connaît de ces femmes qui ne peuvent avoir leurs règles sans qu'une vésicule d'herpès ne survienne aux lèvres, aux narines, à l'amygdale ou à la vulve ? Et combien de ceux que nous appelons arthritiques ne peuvent s'exposer au moindre refroidissement ou à la moindre fatigue, sans payer leur incartade d'un malaise particulier, suivi bientôt d'une plaque d'herpès, soit labiale, soit nasale, indice et stigmate de l'état dyscrasique de leur nutrition cellulaire ?

Faut-il ranger dans la même catégorie l'herpès labial de la pneumonie, de l'angine herpétique, et celui de la fièvre typhoïde, qui pour être moins fréquent n'en existe pas moins ? Est-ce ici la même cause qui préside à l'éclosion d'effets identiques sur des organismes si diversement contaminés ? ou bien est-ce une infection nouvelle, surajoutée à la première infection ? La bactériologie, que je sache, n'a pas encore répondu à ces questions; attendons qu'elle parle.

Quoi qu'il en soit de ces manifestations diverses et de ces localisations variées, l'herpès fébrile paraît bien être une affection primitivement générale, engendrée et entretenue par une intoxication organique ou microbienne. Pour M. Hugues, qui vise spécialement les formes aiguës et franches, pouvant s'élever, comme il l'a vu, jusqu'à un degré de virulence susceptible de créer un foyer épidémique, le doute n'existe pas. Pour lui, la fièvre herpétique est une réalité nosologique, une entité pathologique, qui trouve place dans le cadre des maladies infectieuses et contagieuses, dont l'agent spécifique est encore à trouver.

J'en ai dit assez, Messieurs, pour vous montrer tout l'intérêt qui s'attache au travail de notre collègue de Saïda. Je ne connais, pour ma part, rien de plus attachant, rien de plus subjectif, pour employer un mot à la mode, que des observations cliniques vues et vécues, prêtant logiquement à des considérations doctrinales sur la médecine individuelle et sur l'hygiène sociale.

M. Dubuc demande si des recherches n'ont pas été faites sur le microbe de l'herpès.

M. Jullien répond affirmativement.

M. Millée se demande si l'on ne pourrait pas rapprocher cette épidémie d'herpès des épidémies de fièvre aphtheuse des animaux. Il a eu l'occasion d'en observer chez des vaches à la campagne ; mais cette affection ne se transmet pas de la vache à l'homme, au moins par l'usage du lait.

M. Leudet a surtout été frappé par les deux inoculations, suivies de succès, tentées par M. Hugues.

M. Dubuc fait observer que l'herpès des parties génitales de l'homme est surtout fréquent et récidivant. Il est à remarquer qu'il arrive toujours à la suite des rapports sexuels. Y aurait-il là une contagion, un microbe ?

M. Ladreit de Lacharrière a observé que l'herpès s'accompagnait de troubles généraux, d'une petite fièvre tout au moins. Il rappelle son travail de candidature à notre Société, lequel avait pour sujet l'herpès de l'oreille. Cette affection, qui est loin d'être bénigne, coïncidait toujours, dans ses observations, avec des troubles hépatiques. Il faut distinguer entre l'herpès insignifiant qui se produit chez les herpétiques qui ont des vésicules pour la moindre des choses et l'herpès, maladie générale et grave.

M. Tissier admet aussi plusieurs variétés d'herpès, d'autant plus qu'on n'a pas réussi à inoculer tous les herpès. Toutefois on doit admettre un caractère contagieux ou au moins microbien ; il cite à l'appui l'exemple d'un jeune homme qui n'a pu, dans toute sa vie de garçon, avoir un rapport sexuel sans le voir suivi d'une éruption herpétique locale : il se marie, et, avec sa femme, le même phénomène ne s'est jamais reproduit.

M. Buret voit surtout, dans ce fait, le résultat de l'irritation locale chez un prédisposé qui a été délivré le jour où il ne s'est plus mis en contact avec des culs-de-sac collecteurs de produits divers et malsains. Sans repousser l'idée microbienne et la contagion de l'herpès, il estime qu'il faut admettre que certains herpès, génitaux et autres, peuvent survenir spontanément, en dehors de tout contact. Tels sont ces herpès buccaux ou vulvaires qui reviennent constamment chez certaines femmes à l'approche des règles ; l'herpès labialis ou prœputialis des nerveux, sous une influence émotive quelconque ; l'aphthe, l'herpès récidivant buccal ; le zôna, qui suit le trajet des filets nerveux, etc. Si ces herpès ont un microbe et sont transmissibles, on ne peut pas dire qu'ils soient le résultat d'une contagion : il est donc de toute nécessité de faire des catégories.

M. Christian rappelle l'herpès émotif des jeunes gens, que guérit le mariage en supprimant l'émotion, puisqu'il ramène la tranquillité.

M. Ladreit de Lacharrière est d'avis qu'on ne peut conclure dans l'état actuel de la science.

M. Millée se demande pourquoi il n'y aurait pas des herpès contagieux épidémiques, comme cela se produit pour certaines pelades.

M. Leudet rappelle que c'est de l'herpès fébrile qu'a traité M. Hugues dans sa communication.

M. Jullien. C'est une notion très assurée depuis les travaux de Diday, que celle de la guérison de l'herpès récidivant du prépuce par le mariage ; la pratique est aujourd'hui universellement admise.

Mais je ne pense pas qu'il faille assimiler cet herpès avec les poussées fébriles plus ou moins généralisées auxquelles a trait le mémoire de notre distingué collaborateur M. Hugues. Celles-là surviennent épidémiquement et se comportent à la manière des infections qui ont un décours cyclique comme les fièvres éruptives. Dans une station aux bords de la mer où mes enfants ont passé les deux saisons d'été 1896 et 1897, tous quatre ont été atteints : un la première année et les trois autres la seconde, et le confrère qui leur donna des soins m'apprit que nombre d'enfants étaient frappés à cette époque. L'éruption était bucco-gutturale, une fillette âgée de quelques mois l'eut surtout confluente, la langue et la voûte du palais étaient couvertes de vésicules, et l'allaitement dut être interrompu. Mais malgré la violence de la fièvre, malgré la sévérité apparente des symptômes, aucune inquiétude n'est permise parce que le mal suit un cours très régulier, et que son issue est toujours bénigne. C'est la terminaison certaine de cet exanthème, qu'il ait pour siège la muqueuse buccale, comme dans les cas sur lesquels Parrot a tant appelé l'attention, ou qu'il frappe la région de l'oreille comme l'a vu notre collègue M. Ladreit de Lacharrière, et comme il nous l'a appris dans son beau mémoire aujourd'hui classique.

Certes toutes les suppositions assignent à cette maladie une origine microbienne, et parce que ce microbe n'a pas été encore isolé, est-ce une raison pour en douter ? Sommes-nous plus avancés pour les autres exanthèmes fébriles, variole, rougeole, scarlatine et pour tant d'autres maladies dont la nature ne semble pas pouvoir être mise en discussion ?

Tout autre est l'herpès de l'arthritique que nous voyons survenir dans des conditions individuelles quelquefois fort disparates. Voici un jeune homme qui porte les attributs de la diathèse congestive, il souffre de migraine, éprouve de la lassitude, et après deux ou trois jours se trouve d'un coup débarrassé en même temps que paraît une vésicule ou un petit groupe herpétique sur les lèvres ou telle autre région de la face. Plus on observe les sujets, et plus on est amené à penser qu'il s'agit de troubles circulatoires ayant

pour origine quelque poison animal fabriqué dans l'organisme, une humeur perçante, comme disaient nos pères. Nous disons aujourd'hui : troubles tropho-neurotique, l'origine toxinique, aboutissant à l'élaboration de matières solubles herpétogénes. S'il y a des microbes en cause, leur rôle ne peut être que secondaire et leur nature banale. Cela est si vrai, l'influence prépondérante de l'organisme est si évidente, que chaque sujet fait la maladie à sa façon, réagissant sous l'influence de circonstances qui laissent le voisin parfaitement indifférent, et c'est dans ces conditions que nous comprenons l'influence des causes en apparence insignifiantes, refroidissement, indigestion, émotions morales, etc. Il faut qu'elles agissent sur un terrain préparé, et elles ne sont elles-mêmes que des occasions.

Cette grande dissemblance se confirme encore par l'inoculation. M. Hugues dans son remarquable mémoire nous relate les expériences fort intéressantes qu'il a faites à ce sujet. Il a réussi à provoquer des poussées avec malaise général et fièvre. Nombre de fois, l'expérience a été faite pour l'herpès génital et généralement sans succès ; je m'entends : Vidal, Douaud ont prouvé qu'il était parfois possible de déterminer par l'inoculation la production d'une phlyctène ; moi-même j'ai réussi à m'inoculer une vésicule provenant d'un herpès præputialis développé sur un terrain que je savais vierge d'autre infection. Mais après, avons-nous reproduit l'herpès ? Pas le moins du monde, car la vésicule n'est que le symptôme, et l'incident, presque sans importance, de la vraie maladie qui constitue la prédisposition et l'aptitude presque indéfinie aux récidives.

M. Dubuc. La plaque d'herpès la plus insignifiante est toujours accompagnée de malaise.

M. Jullien. Combien n'y a-t-il pas d'herpès ignorés du malade lui-même !

M. Guépin pense avec M. Jullien qu'il ne faut pas confondre ce que l'on pourrait appeler la fièvre herpétique avec l'herpès localisé et en particulier l'herpès récidivant génital. Celui-ci, que l'on admette ou non son origine microbienne, a été longuement étudié par Diday et Doyon. En se reportant à ce travail aussi intéressant que documenté, on y trouvera une description complète de cette petite affection souvent si inquiétante pour les malades qui y sont sujets.

De l'urticaire par ingestion d'aliments en général et par les crosnes du Japon en particulier (*sera publié*). — M. Buret.

M. Tissier, prescrivant un jour du quinquina à une anémique, se l'est vu refuser sous prétexte que ce médicament lui donnait de l'urticaire ; il y avait 20 ans qu'elle n'en avait pas pris. Sur les instances de notre collègue, la malade consentit à faire de nouveau l'essai. Le lendemain, le corps était couvert d'une éruption scarlatiniforme.

M. Millée connaît une dame qui a de l'urticaire chaque fois qu'elle boit du lait ; le fils de cette dame en a chaque fois qu'il mange du veau. Un jour, il se contenta d'absorber un petit morceau de pain trempé dans la sauce du veau : il eut une éruption superbe. Notre collègue, qui mange souvent des crosnes, n'a jamais eu d'urticaire ; or, de même que le malade de M. Buret, il a de l'urticaire à la main droite lorsqu'il se lave à l'eau froide.

La séance est levée à 5 h. 40.

Le Secrétaire annuel : L. Sibut

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 juin 1898.

Gomme de nature indéterminée. — M. Du Castel présente une malade atteinte sur les bras et sur les jambes d'une éruption offrant tous les caractères des lésions décrites dans ces derniers temps sous le nom de folliculites tuberculeuses.

Cette malade offre en outre sur les jambes des lésions gommeuses multiples, des taches cicatricielles à aspect syphiloïde, aux ulcérations allongées, survenues récemment à la suite de l'ouverture de trois gommes contiguës. S'agit-il d'accidents qui relèvent de la tuberculose ou de la syphilis ?

Jamais d'accident primitif, de roséole, de plaques muqueuses. L'examen ultérieur et le traitement trancheront la question.

Tuberculides acnéiformes et nécrotiques.—M. F. Balzer et Leroy. N.., âgée de 46 ans, envoyée dans notre service par le Dr Gombault.

Il y a huit ans la malade eut une éruption analogue à celle d'aujourd'hui et qui disparut en laissant des cicatrices blanchâtres encore visibles.

Au mois d'août 1897 nouvelle éruption sur les mains et les avant-bras, durée un mois environ.

L'éruption actuelle remonte à décembre 1897, elle siège exclusivement sur les membres et procède par poussées successives.

Les accidents débutent par une petite papule acnéiforme rosée ou rougeâtre qui se déprime légèrement à son centre; son sommet devient pustuleux et se recouvre bientôt d'une croûtelle.

Au-dessous de la croûtelle on trouve une petite ulcération à pic qui guérit en laissant une cicatrice indélébile.

Au membre supérieur l'éruption siège sur la face dorsale de la main et la face postérieure des avant-bras, des coudes et des bras, avec quelques éléments disséminés sur les épaules.

Au membre inférieur les éléments, plus nombreux mais moins groupés, siègent principalement à la face interne, sur les fesses, dans le sillon inter-fessier.

La malade a beaucoup maigri depuis deux ans, elle est très affaiblie, tousse un peu, se plaint de points de côté et de sueurs nocturnes; pas de signes nets de tuberculose à l'auscultation.

Pas d'antécédents héréditaires, la malade a eu dans son enfance une adénite cervicale suppurée dont on voit les cicatrices.

Cette observation se rapproche beaucoup de celle publiée par MM. Hallopeau et Bureau en 1897.

L'éruption nous paraît présenter les caractères de la variété de tuberculides décrites par Barthélemy sous le nom d'acnitis et de folliclis, et la longue durée de notre cas nous paraît plutôt le faire rattacher au groupe folliches.

D'autre part cette femme est tuberculeuse, que son éruption soit ou non produite par des toxines, il nous semble qu'on ne peut nier la relation qui l'unit à la tuberculose ; le terme de tuberculides acnéiformes et nécrotiques, adopté par MM. Hallopeau et Bureau, nous paraît convenir pour la dénommer.

Il nous semble de plus que secondairement les microbes venus du dehors interviennent dans les phases de suppuration et d'ulcération.

Chéloïde à marche progressive. — MM. F. Balzer et Leroy. V..., 58 ans amené à Saint-Louis par le Dr Cholseau (Seine-Inférieure) atteint d'une chéloïde présternale moulée par M. Baretta.

A l'âge de 12 ans, le malade fut légèrement blessé par une plume à écrire. Il se forma une petite tumeur qui s'étendit progressivement dans le sens transversal depuis cette époque c'est-à-dire depuis 46 ans.

Elle mesure aujourd'hui 15 centimètres, s'étend horizontalement entre les deux mamelons, son bord inférieur correspondant à peu près à la ligne qui les réunit.

A ses deux extrémités elle s'étale en éventail; sa partie moyenne amincie forme une bande fibreuse nacrée parcourue par des stries qui, d'abord parallèles, vont se perdre en divergeant sur les extrémités.

Ces extrémités présentent un contour très irrégulier, elles sont entourées d'une zone d'accroissement rouge et irritée.

Pas de traitement jusqu'à présent, le malade regardant sa lésion comme une simple curiosité.

C'est un homme vigoureux, indemne en apparence de toute tare tuberculeuse. Pourtant, en présence de la marche envahissante de cette tumeur, il nous semble qu'il serait nécessaire d'admettre un agent pathogène spécial dont l'intervention se manifeste encore par l'aspect rouge et irrité de la zone d'accroissement, agent pathogène spécial et nettement localisé. On ne trouve chez cet homme aucune autre chéloïde bien qu'il ait dû subir des traumatismes qui auraient pu en produire s'il s'agissait ici d'une disposition générale. Le traumatisme insignifiant, point de départ de la lésion, doit avoir produit l'inoculation de l'agent pathogène.

Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde. — M. Eudlitz.

Dermite généralisée. Intoxication par une teinture et par un pansement au salol. — M. Eudlitz.

Sur l'ophiasis de Celse (Pelade spéciale de l'enfant). — M. Sabouraud. Après trois ans passés à ces recherches sur la pelade de l'adulte dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir plusieurs fois, j'ai eu depuis un an, à l'École Lailler, la possibilité d'étudier les alopécies en aires de l'enfant. A ma grande surprise les enfants qui sont traités à l'école Lailler pour la pelade présentent tous une maladie qui ne ressemble en rien à la pelade séborrhéique de l'adulte. C'est une affection particulière différant comme âge de début, comme symptômes, comme évolution, comme flore bactériologique, comme traitement, de la pelade décrite par Bateman, et que j'avais seule étudiée.

Voici 19 enfants dont la présentation servira de démonstration aux faits que j'avance.

C'est une maladie presque exclusive à la seconde enfance, elle débute par une tache alopécique médiane de l'occiput ou par 2 taches occipitales latérales et symétriques. Elle s'étend sur la lisière du cuir chevelu qu'elle peut circonscrire entièrement d'une bordure de dépilation large de 2 à 3 doigts. La marche de la maladie est variable, elle peut débuter par le front et par les tempes, et inversement à sa marche normale n'envahir l'occiput que secondairement. Elle peut procéder diffusément et laisser des cheveux isolés, intacts, solides sur la surface des plaques dépilées. Elle peut envahir le cuir chevelu sous forme de plaques de dépilation diffuses ou de plaques rigoureusement dépilées mais de forme quelconque. Elle peut aboutir à la décalvation totale, mais ordinairement passagère du cuir chevelu. Elle guérit spontanément à la puberté dans la très grande majorité des cas. La durée ordinaire est de 18 mois environ.

Elle peut chez l'adulte récidiver dans sa forme infantile, ou guérir incomplètement en gardant persistante sa plaque occipitale de début.

Les cheveux de la bordure d'envahissement de la maladie sont atrophiés, présentent des séries de nodosités et d'étranglement. Ils se fracturent au niveau d'une nodosité et cette fracture en bois vert laisse le poil brisé, terminé par un pinceau.

Sur la peau malade, ou dans les orifices pilaires des régions atteintes, on n'a pu jusqu'ici mettre en lumière aucune espèce microbienne pouvant avoir une valeur quelconque dans la genèse de la maladie. La cause en reste tout à fait inconnue. La disposition symétrique des plaques, bien qu'elle ne soit ni absolue, ni constante, peut faire penser à une origine nerveuse. Quand la dépilation présente une localisation occipitale exclusive, l'hypothèse d'une lésion trophique des nerfs occipitaux paraît d'abord justifiée, mais une telle hypothèse n'explique plus rien du tout quand la circonférence entière du cuir chevelu est régulièrement dépilée.

Le traitement de cette alopécie spéciale semble borné à l'usage des seuls révulsifs et surtout des vésicants. L'épilation artificielle des bordures ne semble aucunement utile pour limiter l'extension du processus morbide. L'hérédité est affirmée par quelques cas très nets. La contagion n'a jamais été observée.

Tel est en résumé le tableau clinique de cette maladie. E le diffère essentiellement de la pelade de Bateman (pelade séborrhéique de l'adulte). Celle-ci est rarement, mais très certainement contagieuse. On ne l'observe qu'après la puberté. Elle n'atteint pas le cuir chevelu par ses bordures. Ses plaques sont orbiculaires toujours; toujours aussi les plaques malades sont envahies par une infection microbienne une et constante (micro-bacille séborrhéique). Les poils malades sont terminés en biseau, non en balai, etc., etc.

Cette pelade circonférentielle spéciale de l'enfant, sans être entièrement inconnue de tous, car un dermatologiste ne peut pas ne pas en rencontrer d'exemples, n'a cependant son histoire et sa description dans aucun auteur moderne. Il y a cependant dix-huit cents ans cette maladie fut décrite par Celse et d'une façon tellement magistrale que le texte de cet auteur peut être cité intégralement : Le voici : « Id (genus arearum) quod a serpentis simulitudini « ὄφιασις cappellatur, incipit ab occipitio : duorum in ito- « rum latitudinum non excedit; ad aures duobus capitus « serpit qui libusdam etiam ad frontem, donec se duo ca- « pita versa in priori in exertius conni tauta Hac (autium) « feri am in infantibus (est)... (et) per se sœpi fruitur. »

Les 19 enfants que je vous présente montrent, sans qu'il soit besoin d'y insister, la perfection et l'exactitude vraiment admirables du texte de l'auteur latin. Leur exemple prouve aussi la longévité de ce type morbide que nous retrouvons intact et identique dix-huit cents ans après sa première description. Il n'est pas non plus besoin d'insister sur ce fait que Celse était un vulgarisateur et son œuvre totale une encyclopédie. Et c'est dans cet ouvrage bientôt vieux de 2.000 ans, de son temps destiné à tous, et sans aucune prétention, que nous trouvons cette description unique, supérieure à tout ce qui a été écrit depuis lors sur le sujet.

C'est pourquoi je pense qu'il faut laisser le nom propre de Pelade à la seule alopécie en aires décrite par Bateman (pelade séborrhéique de l'adulte) et qu'il faut restituer à cette dépilation circonférentielle de l'enfant son nom antique. C'est l'*Ophiasis de Celse*.

M. Hermet présente un nouveau cas d'épithélioma ulcéré par la méthode de Cerny (de Prague).

Epithélioma cutané bénin récidivant et carcinome malin, terpigineux, térébrant. — M. Gastou.

M. Fournier présente un malade atteint d'hydrargyrie purpurique.

M. Hallopeau présente une malade atteinte d'un œdème monstre des paupières.

Papillome muqueux bénin de la lèvre inférieure; laryngite classée, circonscrite, œdémateuse. — MM. Gastou et Emery.

M. Baudoin présente un enfant atteint depuis sa naissance d'une desquamation de la langue en aires sans qu'on trouve chez lui aucune trace de syphilis.

Pour M. Besnier, la desquamation de la langue en aires est un eczéma lingual.

Syphilis maligne précoce. — M. Emery.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juin 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Etranglement herniaire par torsion de la masse intestinale. — M. Routier fait un rapport sur une observation de M. Delbet. Il s'agissait d'une malade présentant tous les phénomènes d'une occlusion intestinale. En faisant la laparotomie, on trouve une masse rétrécie et aplatie. Je pratiquai une anastomose entre l'anse duodénale et la première distendue qui était l'anse cœcale. La malade mourut et, si elle n'était pas morte, l'anastomose ne l'aurait pas guérie, car l'anastomose était pratiquée avec un point trop près du duodénum et un autre trop près du cœcum. A l'autopsie on trouve une torsion du mésentère amenée par le retournement de toute la masse intestinale dans le sens des aiguilles d'une montre.

Dans un second cas identique, instruit par le premier, M. Delbet ne fit pas d'anastomose et détourna la masse intestinale. L'anse cœcale aplatie, tordue, s'engage dans le repli mésentérique, puis elle est immobile. M. Delbet fit l'éviscération totale et imprima un mouvement de rotation totale. Tout allait bien, mais une pneumonie au douzième jour enleva le malade. Il était mort guéri.

Pylorectomie. — M. Bousquet. Un homme présentait tous les symptômes d'un obstruction stomacale. Je lui fis une pylorectomie. Le neuvième jour après l'opération fut faite l'ablation des sutures. Et un mois après le malade était parfaitement guéri.

Traitement des fistules vésico-vaginales. — M. Nélaton. Une opération préliminaire immédiate peut rendre de grands services dans ce traitement. C'est celle qu'a défendue M. Chaput, la dilatation du vagin.

Ma malade ayant accouché, et ayant présenté à la suite de son accouchement une fistule vésico-vaginale, se montrait avec une fistule par laquelle passaient toutes les urines. Le vagin était serré au point qu'on ne pouvait percevoir qu'avec le doigt le point où se trouvait l'orifice fistuleux. Celui-ci était dans le cul-de-sac antérieur, mais quand on sondait la malade, la sonde allait directement dans le vagin. Il y avait donc suppression de l'urèthre. Il fallait aboucher de nouveau l'urèthre à la vessie.

Je fis l'incision de Chaput du col à la fourchette. Cela me donna sous les yeux toute la paroi antérieure du vagin. Je pus supprimer l'éperon produit par le cul-de-sac antérieur doublé de la lèvre du col. Je suturai la lèvre supérieure de l'urèthre avec les parois du col et l'avivement postérieur avec la lèvre postérieure soutenue par une sonde à demeure.

Au bout de quinze jours, passait par une légère fissure de l'urine. Mais ce n'était qu'une fissure, et avec deux pointes de suture on put fermer complètement la fissure. La malade en guérit. Il resta une incontinence de l'urèthre auquel un pessaire probablement remédiera.

Je ne saurais trop dire quels services que m'ont rendus MM. Chaput, Ricard et Richelot en me donnant chacun un des éléments, un des temps, devrais-je dire de l'opération que j'ai pratiquée.

Epididymite et funiculite tuberculeuse. — Communication par M. Beurnier.

Traitement de la péritonite tuberculeuse. — M. Lejars. Certaines formes de péritonite tuberculeuse peuvent entraîner à des interventions actives.

Un homme vigoureux, trois ou quatre ans auparavant, avait eu des phénomènes analogues à ceux qui l'amenaient à l'hôpital, c'est-à-dire ceux d'une pseudo-obstruction intestinale chronique. Je fis une laparotomie. A la région sus ombilicale, existait un péritoine à peu près sec, mais l'épiploon était farci de petites granulations tuberculeuses. Il n'y avait trace ni de coudure ni d'occlusion. Je refermai le ventre et deux heures après survenait une hernie de l'appendice, une débâcle et le ventre reste souple et les accidents d'occlusion intestinale ont disparu. Depuis ce temps, l'état reste précaire, mais tous les accidents ont disparu.

Dans la seconde observation, une femme avait des accidents péritonéaux graves qui semblaient de cause appendiculaire. Il existait de la température, des vomissements porracés. Le cas était mauvais. Je fis une incision iliaque et je trouvai le cœcum tapissé, ainsi que l'épiploon, de petits grains jaunes qui étaient de la tuberculose. Je refermai le ventre. La malade survécut et 3 mois après elle pouvait quitter l'hôpital en assez bonne santé, étant donné l'état satisfaisant dans lequel elle était.

M. Poirier. J'ai opéré un malade calqué sur le premier malade de M. Lejars. Il présentait des phénomènes d'obstruction intestinale. La laparotomie me montra de la tuberculose péritonéale et je fis un anus contre nature. Le malade guérit merveilleusement, et je viens de le revoir conservant son anus contre nature, mais dans un état général merveilleux relativement à ce qu'il était quand il quitta le service.

M. Bousquet. J'ai deux faits, l'un remontant à 3 ans l'autre à 2 ans de péritonite tuberculeuse, et chez lesquels la laparotomie a déterminé une amélioration qui a laissé persister un état général absolument inattendu étant donné celui dans lequel se trouvaient les malades.

Hernie de l'appendice. Corps étranger et appendicite. — Présentation des pièces par M. Potherat. F. Verchère.

VARIÉTÉS

—

Le nouveau directeur de l'Assistance publique au Conseil municipal

Lundi dernier, au Conseil municipal de Paris, M. John Labusquière a posé à M. Napias une série de questions sur les mesures qu'il compte prendre relativement aux vieillards assistés, à la tuberculose et au personnel de l'Assistance publique, nous donnons ci-dessous la réponse de M. Napias :

M. le Directeur de l'Assistance publique. — Messieurs, avant de répondre aux questions qui me sont posées par M. John Labusquière, veuillez me permettre, puisque c'est la première fois que j'aborde cette tribune, de présenter mes remerciements à votre doyen d'âge, M. Ruel, et à votre président, M. Navarre, pour les souhaits de bienvenue qu'ils ont bien voulu m'adresser...

M. John Labusquière a attiré mon attention sur quelques questions très importantes; une partie de son discours est consacrée aux vieillards.

J'estime, en effet, avec lui que les vieillards sont surtout dignes de la sollicitude de l'Assistance publique.

Quand je suis arrivé à la direction de l'Assistance publique, j'ai demandé la liste des vieillards ayant dépassé l'âge de 80 ans et j'ai fait tous mes efforts, efforts qui ont abouti, pour accorder à ces octogénaires soit leur hospitalisation, soit l'allocation d'un secours représentatif d'hospice. Ces vieillards étaient au nombre de 142.

C'était, je le sais, peu de chose que d'hospitaliser un si petit nombre d'indigents, mais j'ai pensé qu'il fallait commencer par ces octogénaires qu'on ne pouvait laisser dans la rue...

Comme M. John Labusquière le disait tout à l'heure, le nombre des lits d'hospice est insuffisant et les secours représentatifs ne sont pas suffisamment dotés.

Actuellement, 10.000 vieillards attendent leur hospitalisation. Peu pourront être placés dans l'année...

Nous avons, à l'heure actuelle, 8.932 lits d'hospices et 4,088 secours représentatifs, soit un peu plus de 13.000 vieillards assistés.

Evidemment, c'est bien insuffisant, et, dès lors, nous avons à rechercher les moyens de compléter ce point de notre assistance. Trois solutions se présentent :

M. Labusquière a bien fait, tout à l'heure, de rappeler les noms de ceux de vos collègues qui avaient déposé des propositions dans ce but, et M. Patenne, et M. Dubois, et M. Vaillant, et M. Strauss, et M. Landrin, et M. Faillet, et M. Lampué, qui a proposé la création d'un hospice de 2.000 lits. C'est là une première solution.

Quelles sont les deux autres ?

Ce sont les secours représentatifs, d'une part, et, d'autre part, le placement dans les familles.

Un hospice de 2.000 lits coûtera environ 12 millions à construire et 2 millions de dépenses annuelles.

Le placement familial est plus économique; néanmoins, ce n'est pas avec 30 francs par mois que nous pouvons placer nos vieillards à Paris. Nous ne trouverons guère de placements à moins de 1 fr. 50 par jour, soit 45 francs par mois.

D'ailleurs, à ce taux, la plupart des familles préféreront les garder ; les vieillards aussi aimeront mieux rester avec les leurs, et cela se comprend...

Je suis comme vous d'avis qu'il est indispensable d'hospitaliser les déments séniles ; j'ajouterai encore qu'en calculant à raison d'un secours de 30 francs par tête et par mois, vous pouvez secourir 2.000 vieillards au moyen d'une somme de 780.000 francs et 1.500 en donnant non plus 30 francs, mais 45 francs par mois.

Dans la seconde partie de son discours, M. Labusquière me demande de faire connaître mon programme. Je lui apprendrai avant tout que je n'oserais vraiment pas, avant une étude plus complète, exposer un programme de toutes pièces; je craindrais de m'engager à faire des promesses que l'événement ferait vaines, je ne veux faire que des promesses fermes et qui soient d'avance tenues.

Mais je puis bien répondre en toute simplicité à quelques-unes des questions de M. Labusquière. Il m'a parlé des médecins de nos hôpitaux. Je dois d'abord rendre hommage à notre corps médical parisien dont je suis fier de faire partie. Il n'en est pas de plus pénétré de ses devoirs, de plus bienveillant aux malheureux.

M. John Labusquière. — Je n'ai eu aucunement l'idée tout à l'heure d'incriminer le corps médical. Je disais simplement qu'il s'est produit parfois, sur des points déterminés, des conflits que votre situation médicale vous permet mieux qu'à aucun autre de prévenir ou d'apaiser.

M. le Directeur de l'Assistance publique. — Je reconnais, en effet, que le corps médical peut avoir parfois une tendance à confondre les questions d'assistance et d'enseignement. Mais cela n'est-il pas un peu la faute du Conseil qui a mis son honneur à ne reculer devant aucun sacrifice pour favoriser cet enseignement.

Les médecins ont donc pu être entraînés par l'amour du progrès, par le désir de mieux faire pour leurs malades, à proposer des dépenses hors de proportion avec les ressources budgétaires.

Mais il est bien évident, messieurs, que le directeur de l'Assistance publique a le devoir strict, et quoiqu'il en puisse souffrir, d'opposer à ces dépenses la barrière infranchissable du budget que vous avez voté.

Nous aurons à faire le départ dans ces demandes du corps médical entre ce qui est urgent, nécessaire immédiatement et ce qui peut être ajourné, pour rester dans les limites de nos crédits.

Je suis sûr, messieurs, que le corps médical se rendra aux raisons données par un des siens avec simplicité et une amicale fermeté....

M. Labusquière a traité, en passant, la question de la laïcisation et a cité à ce propos ce que j'ai écrit dans un petit ouvrage....

Il m'est arrivé, comme inspecteur général au ministère de l'Intérieur, de signaler à M. le Ministre des établissements dont le fonctionnement défectueux m'a paru provenir du personnel, et c'est pourquoi j'ai provoqué la laïcisation du Vésinet, des Sourds-muets et des Aveugles. Ce sont non pas des opinions, mais des actes dont je n'ai pas eu à me repentir....

Il est indiscutable qu'il y a quelque chose à faire pour les filles-mères et, avec M. John Labusquière, je pense qu'il faut arriver à faire adopter l'enfant par la famille et pour cela donner des secours à l'enfant alors qu'il est élevé dans cette famille. Il s'agit de sauver l'enfant avant tout et ici je suis entièrement avec M. John Labusquière.

En ce qui concerne la tuberculose, la question est étudiée de deux côtés à la fois, notamment, par une Commission

nommée par mon prédécesseur et par l'Académie de médecine. Je crains que toutes les solutions proposées ne soient pas réalisables immédiatement et qu'il faille les réduire et aller d'abord aux plus pressées.

L'administration de l'Assistance publique, avec l'avis du Conseil de surveillance, a engagé 6 millions contre la tuberculose. Le conseil municipal a promis son concours, l'État également.

Dans ces conditions, et si tout le monde s'y met avec conviction, nous pouvons espérer arriver à de bons résultats.

Si je ne peux pas vous présenter aujourd'hui un programme défini, je puis au moins vous dire ce que je ne ferai pas.

Je ne laisserai pas se renouveler les quelques faits d'indiscipline qui se sont produits.

Bienveillant pour le personnel, je ferai preuve de fermeté; je ne dis pas de sévérité, car personne, j'imagine, ne m'en donnera l'occasion.

Je ne laisserai plus construire — ah! je vous le promets! — des bâtiments luxueux et coûteux, qui servent plus à la gloire des constructeurs qu'au bien-être des malades...

Je veux des bâtiments simples, construits pour nos malades, très économiquement.

Enfin, comme le conseillait si bien M. Labusquière, je n'introduirai jamais les questions politiques ou philosophiques dans les questions de bienfaisance.

Je ne crois pas qu'il y ait deux manières d'être enfant abandonné, d'être malade, d'être pauvre, d'être vieux, infirme.

C'est dans cette disposition tolérante que je compte travailler, d'accord avec vous, à résoudre les multiples problèmes de l'assistance publique. (*Très bien! Très bien!*)

NOUVELLES

Faculté de médecine. — Le concours d'agrégation (anatomie, physiologie, histoire naturelle) s'est terminé par les nominations suivantes :

Paris : M. Launois (anatomie) et M. Langlois (physiologie). — Lille : M. Cousin (anatomie). — Toulouse : M. Bardier (physiologie) et M. Verdun (histoire naturelle). — Nancy : M. Bouin (anatomie).

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés et rétribués sur les fonds de l'Université de Bordeaux, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1897-1898 : MM. Lagrange, agrégé libre (pathologie oculaire); — Cannieu, agrégé (embryologie); — Pachon, agrégé (physiologie).

Faculté de médecine de Lille. — M. Deléarde, agrégé des Facultés de médecine, est attaché à ladite Faculté, jusqu'au 30 octobre 1898, pendant l'absence de M. Barrois, député.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Lannois, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire (rétribué sur les fonds de l'Université de Lyon) : Maladie du larynx, des oreilles et du nez.

M. le professeur Lacassagne est chargé d'un cours de médecine légale, à la Faculté de droit de Lyon (cours rétribué sur les fonds de l'Université de Lyon).

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Bouffe de Saint-Blaise et Baudron.

Hospice de Bicêtre. — Le concours pour une place de médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre s'est terminé par la nomination de M. Nageotte.

École de médecine d'Angers. — M. le Dr A. Monprofit, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, est nommé professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine et de pharmacie d'Angers, par suite du décès récent de M. le Dr Dézanneau.

Universités. — Nous donnons ci-dessous un extrait de la statistique publiée pour le trimestre de janvier 1898, ayant trait au nombre d'inscriptions délivrées au 15 du mois de janvier 1898.

Universités	Droit	Médecine	Sciences	Lettres	Pharmacie	Total
Paris.....	2174	1568	644	296	752	5934
Bordeaux...	372	342	116	18	166	1014
Lille.....	200	114	67	23	112	516
Lyon.....	199	558	147	22	118	1114
Montpellier.	195	275	156	26	117	769
Nancy.....	181	180	105	10	47	523
Toulouse....	424	226	117	33	118	918

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 6 juin 1898, ont été nommés, dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Dumas, médecin-major de première classe de l'armée active retraité.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités : Evrard, Cabanié, Weil, Ga dit Gentil, Duc.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Castelli, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Beunat, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les Drs Cleuet, Augros, Chabot, Blind, Lévy dit Lévy, Clotz, Le Corre, Chemin, Larrivé, Noyon, Parquet, Ducamp d'Orgas, Jean, Delore, Baudon, Lapointe, Fuster, Ozoux, Contal, Legrand, Bernadou, Gieure, Perret, Bard, Denis, Basset, Chalais, Le Damany, Mariani, Guillermin, Brulant, Bribes, Morisot, Mahon, Guinard, Jaffredon, Descheemacker, Hytier, Pavie, Jumelais, Arnoul, Debienne, Guilmard, Montignac, Lachouille, Cluzel, Pernot, Bourgain, Marchegay, Demirleau, Adoué, Chuiton, Bosdeveix, Carel, Grimard, Goalard, Faucon, Michel, Noack, Carayon, Pastré, Legros, de Sevedavy, Marion, Bouchard, Beuf, Garlopeau, Lemaire, Favier, Bulté, Morel, Delage, Mathieu, Caillard, Berger, Lavabre, Guigue, Frigaux, Dubourdieu, Chauvin, Perrée, Dotezac, Labaume, Dol, Craponne, Monod, Lemonnier, Margnat, Painblan, Leclerc, Mazurier, Bommier, Machtou, Levezier.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les Drs Mounic, Duviard, Ollier, Kieffer, Cocquelet.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armée de réserve. — MM. les pharmaciens de deuxième classe Paillard, Lajugie de La Renaudie, Defarge, Azéma,

Charlier, Sauve, Bretzner, Villière, Pelletier, Labonne, Nougué.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Chadoutaud, Bariau.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 7 juin 1898, M. Massiou, médecin de deuxième classe de la marine, est nommé médecin de deuxième classe des colonies, pour prendre rang à compter du 1er juillet 1894.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 9 juin 1898, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Mercié, médecin de première classe.

Au grade de médecin de première classe. — M. Lafaye de Michaux, médecin de deuxième classe.

Dispensaire de salubrité. — Par arrêté de M. le Préfet de Police en date du 11 juin, M. le Dr Davesne, médecin en chef adjoint du Dispensaire de salubrité, est nommé médecin en chef de ce service, en remplacement de M. Commenge, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire.

M. le Dr Lemoine, médecin au Dispensaire, est nommé médecin en chef-adjoint de ce service.

Hôpitaux de Paris. — CLASSEMENT GÉNÉRAL ET RÉPARTITION DANS LES SERVICES HOSPITALIERS DE MM LES ÉLÈVES INTERNES EN PHARMACIE POUR L'ANNÉE 1898-1899. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements hospitaliers pour l'année 1898-1899, savoir :

Pour MM. les Internes de 2e, 3e et 4e année, le samedi 25 juin, à deux heures ;

Pour MM. les Internes de 1re année, le mardi 28 juin, à deux heures.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Association française de chirurgie (12e Congrès, 17-22 octobre 1898). — Le Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 17 octobre 1898, sous la présidence de M. le professeur Le Dentu, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'hôpital Neker.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° *de la néphrotomie*, MM. Guyon et Albarran, rapporteurs ; 2° *traitement du goître* (cancer et goître exophthalmique exceptés), M. J. Reverdin, de Genève, rapporteur.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

L'autonomie budgétaire des hôpitaux. — M. André Lefèvre a fait au conseil municipal de Paris, dans la séance du 13 juin, la proposition suivante : La 5e Commission a adopté le principe de l'établissement d'un budget pour chaque hôpital. C'est ce qui se fait pour les asiles d'aliénés, où cette réforme a donné d'excellents résultats ; c'est ce qui permettra de comparer les divers hôpitaux entre eux, de voir lesquels sont bien administrés, lesquels le sont mal, de mieux apercevoir les services défectueux et ceux qui fonctionnent bien.

C'est pour consacrer ce principe que j'ai l'honneur de déposer la proposition suivante :

« Le Conseil délibère :

« L'Administration est invitée à présenter, à l'avenir, un budget particulier pour chaque hôpital et à faire de chacun de ces établissements un organisme distinct.

L'urine de digestion d'asperges, par M. le Dr P. CARLES. — L'odeur que les asperges communiquent à l'urine est tellement désagréable à certaines personnes que beaucoup d'entre elles refusent d'en consommer au repas du soir pour éviter pendant la nuit la fatigue de cette mauvaise odeur.

Voici un moyen simple et sûr d'empêcher cette émanation gênante :

Dans le vase de nuit on place quelques centigrammes de sublimé ou de tout autre sel de mercure soluble, ou bien un fragment de papier au sublimé ou papier Balme, ou plus simplement encore un cristal de sulfate de cuivre. En présence de ces sels métalliques, l'odeur spéciale de l'urine d'asperges ne se produit plus, ni aucune autre incommode. Les sels de plomb et de bismuth ne produisent pas un aussi bon résultat.

Il est probable qu'il s'agit là d'une essence sulfurée ou d'un dédoublement provoqué par une diastase, car les sels métalliques énumérés agissent de la même façon sur la macération de poudre de moutarde ; en leur présence, l'essence ne se produit pas et celle qui est déjà formée est rapidement détruite. (*Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux.*)

Journaux de médecine. — Notre distingué confrère, le Dr Jeanne, de Meulan, devient rédacteur en chef du *Concours médical* dont le Dr Cézilly, fondateur du journal, conserve la direction.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 14 juin 1898, M. le Dr Kemhadjian Mihran, médecin à Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nécrologie. — Le Dr FISSE (Pierre) d'Arreau-Cadéac, (Hautes-Pyrénées), reçu en 1897, précipité par un cheval dans la rivière la Neste, pendant sa tournée professionnelle. — Le Dr LEVIEUX (Charles), officier de la Légion d'honneur, associé national de l'Académie de médecine, vice-président honoraire de l'Administration des hospices et du conseil d'hygiène de la Gironde, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux. — Décédé le 10 juin, à l'âge de 80 ans. — Le Dr LAPRA, de Paris, reçu en 1885. — Le Dr MASSON, de Fraize (Vosges), décédé à l'âge de 93 ans. — Le Dr BOURGUET (Louis), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers, décédé à l'âge de 37 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie, Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*